



Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de  
Mendocino

1076 N. State St., Ukiah, CA 95482

Tel: 707/463-5462

Fax: 707/463-4188

TDD: Relé de California 711

**WALNUT APARTMENTS – 311 WALNUT STREET, FORT BRAGG, CA. 95437**  
**PRE-SOLICITUD DE CUPÓN BASADO EN PROYECTOS**

**WALNUT APARTMENTS - INFORMACIÓN DEL SITIO**

Esta solicitud es para las unidades de vales basadas en proyectos ubicadas dentro del complejo de apartamentos Walnut A. Walnut Apartments ha sido recientemente rehabilitado y ofrecerá asistencia de alquiler de vales basada en proyectos para 25 apartamentos ubicados dentro del . Los 25 apartamentos de cupones basados en proyectos ofrecen unidades de 1,2 y 3 dormitorios y están Desarrollo de 56 unidades **ubicados en 311 Walnut Street, Fort Bragg, CA 95437.**

**CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD**

Las solicitudes completas *DEBEN* enviarse directamente a la Comisión de Desarrollo Comunitario (CDC) del Condado de Mendocino **durante las fechas de apertura y cierre que se enumeran a continuación.**

**FECHA / HORA DE APERTURA: 19 DE DICIEMBRE DE 2022 A LAS 8:00 A.M.**

**FECHA / HORA DE CIERRE: 9 DE ENERO DE 2023 A LAS 5:00 P.M.**

Las solicitudes presentadas antes de la fecha de apertura de la lista de espera no serán aceptadas y devueltas al hogar por correo de primera clase con instrucciones sobre cómo volver a enviar la solicitud. No se aceptarán solicitudes enviadas después de la fecha de cierre.

Devuelva la solicitud completa a los CDC en 1076 North State Street, Ukiah, CA. 95482, o envíe la solicitud por fax a los CDC al (707) 463-4188, o envíe la solicitud por correo electrónico a [info@cdhousing.org](mailto:info@cdhousing.org).

Después de la fecha / hora de cierre identificada anteriormente, esta lista permanecerá abierta SOLO para los hogares que residen actualmente en una de las unidades de vales basadas en proyectos ubicadas dentro del desarrollo o para las familias que residen actualmente en el complejo de apartamentos Walnut que han sido identificadas por el Administrador de la Propiedad como una familia que cumple con la Preferencia de Transferencia de Emergencia de la Ley de Violencia contra la Mujer.

**QUESTIONS? ¡CONTÁCTANOS, ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARTE!**

Teléfono: (707) 463-5462 Ext. 101, Fax: (707) 463-4188

1(800) 545-5730, o

Relé TDD CA 711

Correo electrónico:

[info@cdhousing.org](mailto:info@cdhousing.org).

Sitio web: [www.cdhousing.org](http://www.cdhousing.org)

Los servicios de traducción están disponibles. Llame al (707) 463-5462

# WALNUT APARTMENTS – 311 WALNUT STREET, FORT BRAGG APROX. 95437

## PCUPÓN BASADO EN ROJECT PRE-APPLICATION

### REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Para calificar para el programa de vales basado en proyectos, los solicitantes deben estar en o por debajo de los límites de ingresos enumerados a continuación en función del tamaño de su familia.

2022 LÍMITES DE INGRESOS	
Personas en familia	Límites de ingresos
1	\$ 28.150
2	\$ 32.150
3	\$ 36.150
4	\$ 40.150
5	\$ 43.400
6	\$ 46.600
7	\$ 49.800
8	\$ 53.000

### ESTADO DE DISCAPACIDAD

Ningún solicitante de asistencia de vivienda será discriminado debido a una discapacidad. Los solicitantes no están obligados a revelar una discapacidad, sin embargo, los beneficios para los cuales solo las personas con discapacidades son elegibles no se pueden proporcionar a menos que el participante revele su estado de discapacidad.

### UNIDADES DE VALES NO BASADAS EN PROYECTOS

Esta lista de espera es para las 25 unidades de cupones basadas en proyectos ubicadas dentro del complejo Walnut Apartment. Las unidades restantes dentro del desarrollo no ofrecen asistencia de alquiler de vales basada en proyectos, pero pueden ofrecer alquileres asequibles u otros tipos de asistencia. Para obtener más información y asistencia con respecto a estas unidades restantes, puede comunicarse directamente con el complejo comunicándose con el 31 Gerente en el sitio al (707) 964-8041.



Personas que requieren una adaptación debido a una discapacidad puede solicitar dicha adaptación en cualquier momento Durante este proceso



**Walnut Apartments - Pre-Applicación PBV**  
**Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Mendocino**  
**Regreso a:** 1076 N. State St, Ukiah CA 95482 Fax (707) 463-4188 P hone (707) 463-5462  
 Correo electrónico: [info@cdhousing.org](mailto:info@cdhousing.org)

**NOTA:** Todas las preguntas, en esta solicitud DEBEN completarse, escriba "NA" si la pregunta no se aplica a usted. Este formulario debe completarse con tinta. Use el nombre legal de cada persona que residirá en la unidad tal como aparece en su tarjeta de Seguro Social. El Jefe de Familia debe firmar esta solicitud.

Fecha: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_  
Calle #/ P.O. Código postal del estado de BoxCity

Dirección postal: Igual que la anterior   
 Calle #/ P.O. Caja \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Recuerde notificar a la Comisión de Desarrollo Comunitario por escrito cualquier cambio de dirección. Si no podemos comunicarnos con usted por correo, su nombre será eliminado de esta lista de espera.

Nombr e primer o, último	Género	Ancianos : 62 +	Deshabilitado	Relación con el Hogar	Número de Seguro Social	Fecha de nacimient o
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Jefe de familia		
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

**Raza/etnia:** Compruebe la raza y el origen étnico aplicables al jefe de familia mencionado anteriormente.

1. Raza (marque la casilla correspondiente): Blanco, Asiático, Nativo de Hawái/Otros isleños del Pacífico, Negro/Afroamericano, Indio americano/Alaska

2. Origen étnico (marque la casilla correspondiente): Hispano o Latino o  No hispano o Latino

<b>Fuente de ingresos</b>	<b>Sí/No</b>	<b>Miembro del hogar</b>	<b>Ingresos mensuales</b>
Seguro Social/SSI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
TANF/Bienestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Ingresos laborales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del empleador:	\$
Prestaciones por desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Manutención de los hijos/pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Intereses o dividendos devengados por activos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Otras fuentes de ingresos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

## WALNUT APARTMENTS PBV PRE-APP

<b>PREFERENCIAS</b> Los CDC darán preferencia en esta lista de espera a los hogares que cumplan con una o más de las preferencias a continuación. <b>CDIABLOS SÍ A TODAS LAS PREFERENCIAS QUE SE APLICAN.</b> La verificación de estas preferencias se obtendrá cuando se seleccione un hogar de la lista de espera.	<b>CHECK SÍ O NO ABAJO</b>
<b>VETERANO O CÓNYUGE SOBREVIVIENTE DE UN VETERANO</b> Las personas que califiquen para esta preferencia deberán proporcionar una copia de un DD214 que muestre el cargo equivalente. Para el cónyuge sobreviviente de un veterano, se requerirá un certificado de matrimonio y defunción junto con el DD214.	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
<b>VIVIR Y/O TRABAJAR EN EL CONDADO DE MENDOCINO</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
<b>PREFERENCIA DE EMERGENCIA POR DESASTRES NATURALES</b> Familias que han sido afectadas por un desastre natural declarado por el gobierno federal o estatal, como un incendio, inundación, terremoto u otra causa natural en la que la vivienda del solicitante se volvió inhabitable (se aplican otros criterios)	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
<b>PREFERENCIA DE LUGAR</b> Una familia que actualmente reside en una de las unidades de vales basados en proyectos ubicadas dentro del complejo Walnut Apartment.	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>

¿Algún miembro del hogar con una discapacidad desea solicitar una adaptación razonable en este momento? **Encaso afirmativo**, ¿qué alojamiento se solicita? \_\_\_\_\_

Por la presente **juro y doy fe** de que toda la información proporcionada en esta solicitud por mí y sobre mí es verdadera y correcta. Entiendo que debo informar cualquier cambio en los ingresos, activos y cambios en la composición familiar (agregar o eliminar miembros del hogar) a la Autoridad de Vivienda por escrito dentro de los 10 días calendario posteriores a dicho cambio. **Además, entiendo que las declaraciones falsas o la información proporcionada por mí son punibles bajo la ley federal y estatal y constituyen motivos para negar o cancelar la asistencia de alquiler.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de Hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge o codirector

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro adulto

\_\_\_\_\_  
Dcomido